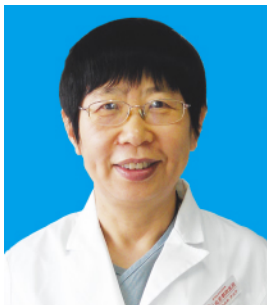


临床诊疗模式:医患合作式 更合适还是医生主导(家长式)更合适

许兰萍^①

摘要:目前医患关系分为:(1)主动—被动型,医生是绝对权威;(2)指导—合作型,医生仍占有主导地位;(3)共同参与型,医患双方共同制定并积极实施医疗方案。本文从医疗现状(医疗风险、误诊误治、行政管理)、医患关系(医患联盟、医生的防御、患者的防御)多视角分析,强调提倡医患合作模式的必然性,以防患于未然,缓解医患矛盾,建立整体医学模式。

关键词:医患关系, 医疗纠纷, 医患合作式

中图分类号:R-02 文献标识码:A 文章编号:1002-0772(2015)06-0013-03

The Doctor Patient Cooperation more Appropriate or Cooperative Physicians Led (Paternalistic) more Appropriate XU Lan-ping, Department of Neurology, Beijing Chaoyang Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100020, China

Abstract: At present the doctor-patient relationship is divided into (1) active-passive. The doctor is the absolute authority; (2) guide, cooperative. The doctor is still dominant; (3) The common participated. Both of the doctors and the patients make joint and actively implement the medical plan. In this paper, from the health status (medical risks, their errors, administrative). The doctor-patient relationship (doctor-patient alliance, the doctor's defense, defense) in patients with multiple perspectives analysis, emphasizes the inevitability of doctor-patient cooperation mode, in order to prevent and alleviate the doctor-patient conflicts, establish the overall medical model.

Key Words: doctor-patient relationship, medical disputes, doctor-patient cooperation

目前,医患关系分为三种基本类型^[1]:(1)主动—被动型。医生是绝对权威。适用于急症重伤、麻醉等意识丧失情况下的抢救医疗。(2)指导—合作型。医生仍占有主导地位,常见于急性病或垂危病但头脑清醒的患者的就医过程。(3)共同参与型。医患双方共同制定并积极实施医疗方案。这种模式适用于慢性病患者及有一定医学知识的患者。

此外,医患关系还涉及伦理、经济、法律、服务与被服务、科学技术五方面。站在不同角度、不同高度、不同宽度、不同深度,观察同一事物的结果是不同的。心理学中格式塔理论,运用辩证、综合、系统思想,从整体思维和整体感受出发,提供了分析解释问题的有价值的视角。笔者试图从第三方立场观察分析以提高客观性、从对方立场以理解对方思维。我们要强调提倡的是医患合作模式。

1 当前的医疗现状与医患关系决定了必须是医患合作式

1.1 从医疗现状看

1.1.1 医疗存在风险:2000 年,美国国家医学院发表的报告估计全美每年医疗事故上百万例,其中约有 44 000 人到 98 000 人死于可预防的医疗事故,是美国人第六大死因。这份报告还估计,因为很多医疗事故没有

被报告,实际数字会更大。2006 年美国国家医学院后续报告认为,每年医疗事故至少有 150 万,其中药物损害 40 万,长期医疗照顾 80 万,门诊 53 万。

2010 年,联邦政府的一份报告将死于可预防的医疗事故的人数提高到每年 18 万人。2013 年,《病人安全杂志》估计,全美每年死于可预防的医疗事故的人数达到 21 万到 44 万,是美国人第三大死因,仅次于心血管疾病和癌症。44 万人的上限接近住院患者的 1/6^[2]。

这两份报告虽然体现的是发达国家的情况,而其他国家,包括中国的情况应该不会比美国的情况更好。仅中国医疗纠纷及伤医事件不断增加,就告诉我们一个事实,尽管现代医学已经有了长足的进步,医疗风险赫然存在。无论是每天从事医疗服务的医生还是选择去医院看病的患者,都必须理性地承受这一风险。

1.1.2 误诊误治不能避免:现代科学技术在迅猛发展,但人类的思维方式、思维深度和高度并没有实质性的进步,现代技术手段提供的信息越多,反而越容易让医生感到迷茫。医疗本身的复杂,医疗模式的陈旧,临床分科局限过细,无法从整体上完整地理解疾病的全貌和本质,以及各个脏器的结构与功能变化之间的内在联系;“医生可利用的技术、设备越多,诊断某一疾病的路径选择越多,人为误差、仪器误差的可能性就越大,误诊的几率也就越高。”^[3]打错针、发错药、手术操作失误、器械出问题等;医生人文素养教育培训不足;临床医生过度疲

①首都医科大学附属北京朝阳医院神经内科 北京 100020

劳……都导致医疗事故及误诊误治无法避免。

德国学者 Kirsch 和 Schafii 1996 年发表研究报告: 1959 年~1989 年每隔 10 年随机选取 100 个病例,将尸体解剖病理诊断与临床诊断进行比较。1959 年、1969 年、1979 年、1989 年误诊率分别为 7%、12%、12%、11%。而这 30 年间,患者使用磁共振、超声、CT 的比例从 0 提高到 77%,内窥镜使用比例从 3% 提高到 23%。

我国 1989 年也有文献报道,5 312 例尸体解剖结果显示,临床诊断与病理诊断比较,临床误诊率为 31.3%。其中,20 世纪 50 年代为 28.7%,60 年代为 29.1%,70 年代为 36.7%,80 年代为 32.5%^[3]。

1.1.3 医院行政管制:医院领导只求政绩,对上级领导负责,而非对医护人员及患者负责。医生受行政手段制约,为完成管理指标,过度检查,过度诊断,过度治疗。一是现在国家规定了医院的“药收比”,过度检查,让检查费成为新增长点。以致像英国作家赫胥黎讲的“医学已进步到不再有人健康了”。二是医院为了减少仪器的闲置率,实现医疗仪器创造利润最大化。三是过度治疗,劳动得不到合理体现加之人情因素,是医生接受灰色收入的重要原因,药品回扣的盛行是我国药企小而多,产品低水平重复,恶性竞争中靠回扣开路。从 1991 年到 2013 年,我国人均医疗费用的年均增长率为 17.49%,如果现有的政策环境不变,预计 2015 年我国人均医疗费用的年度增长率为 14.33%~18.24%,明显高于 2013 年我国人均 GDP 8.97% 的粗增长率^[4]。

医学的一大乐趣就是从症状中抽丝剥茧抓住最终的罪魁祸首,好的临床医生一定是会看病,会手术。曾几何时,临床与研究脱节,行政管理干扰学术,转变了医院的价值评价体系。会发 SCI,会英语与国际接轨就是好医生,就是学科带头人。就是这个异化过程扭曲了临床与研究的关系,继而影响了医患的关系。

1.2 从医患关系看

1.2.1 医患本是盟友:本来医患共同的敌人是病魔。医患目标一致、利益高度一致而非对立。医(救助者)与患(求助者)是互动关系。任何医疗行为必须经过医患双方的互动才能完成并达到预期的疗效。一般互动认为只是患者与家属的主动遵医嘱、交费用等,是有意识的、精神的、外在的、显性的、行为的。另一种不被人认识的,无意识的、潜意识的、内在的、隐性的,人的机体的抗病能力是更为重要的互动关系。只是中国目前的医疗模式把双方推到了对立的两个方面使医患双方发生了明显的利益冲突,从弱势群体的概念来看,医生和患者都不该属于真正意义上的弱势群体。说患者是弱势群体,主要原因是专业信息不对称。医生几乎完全掌握医疗活动中的专业信息,而患者几乎完全不掌握。医生如果想谋私利,如果想坑患者,患者极难防范。患者可

能处于医疗知识方面的弱势位置,但不乏有权有钱的强势群体,对他们在维护自己权力时出现的矫枉的现象网开一面的做法,有违实事求是的精神。说医生是弱势群体,主要表现不是在医患之间,而是在医生与医疗机构、卫生部门、公检法、媒体之间。医生没有机会发出自己的声音、主张自己的权力,被强迫超量、超时间、超强度、超范围劳动,同时还被定性为“高收入”、“道德败坏”。

此外,中国传统文化对医生的定位是“中九流”:一流举子二流医……,不属上流社会。全社会缺乏对生命的定位,从而缺乏对生命守护者的敬畏。

1.2.2 医生的防御:医患矛盾当中,医者在强势地位,患者在弱势地位;医者有最低职业道德要求,不会突破最低道德界限,患者无最低要求,也不断人突破了道德界限;医者不会主动害人,患者却有主动害人的。患者对医者的意见主要是冷漠,不尽责,医者对患者的意见主要是只顾自己,不顾别的患者,认为医者是万能的,只要找到医者,什么病都能看好,必然导致医患关系紧张,一些医生必然为避免医患纠纷,一切按照仪器的检查结果“对症下药”。

医患纠纷六个主要原因分别为:知情告知不到位,病历书写不规范,对患者缺乏人文关怀,对患者病情观察不细致,对患者问诊及诊疗不细,相关科室纠纷处理不配合。

根据美国的资料对骨科医生的调查发现,起码有 24% 的检测是没有必要的,医生之所以要求患者进行这些不必要的检测,虽然表面上的理由是万无一失,为患者着想,其实主要是为自己着想,免得日后被患者告。这种情况被称为“防御性医疗”,是为了减少医疗风险、保护自我而实施的偏离规范化医疗服务准则的医疗行为。中国的医疗纠纷越来越多,这类防御性医疗会越来越多。但过度诊断也会导致医疗事故。比如每 400 次~2 000 次常规胸部 CT 就会导致 1 例肿瘤。美国每年照 7 200 万张 CT,导致了 29 000 例肿瘤,使得美国总人群年癌症发病率增加 2%。这些 CT 检查中很大一部分是没有必要的^[2]。

1.2.3 患者的防御:苏报讯(记者袁艺)调查结果显示,近 80% 的患者认为自己目前在就医过程中处于弱势地位。承德晚报调查报道:仅 10% 的患者信任医生。认知决定行为,心怀猜忌且有文化的患者,不会完全依从医生。

现代社会信息爆炸。历史上从医学实践认识到真理科学具有局限性。获 1949 年诺贝尔生理学或医学奖的前脑叶白质切除术在 20 世纪 70 年代以后逐渐被抛弃。19 世纪 60 年代造成婴儿海豹肢畸形的“罪魁祸首”,是妇女怀孕初期服用“反应停(酞胺哌啶酮)”,导致 5 500 名“海豹儿”出生,以及流产、早产和死产。随着信息的披露,患者了解到现代医学误诊误治占 30%~

40%比例就心存疑虑,不会完全依从医生。

笔者遇到的有知识的患者在与医生沟通诊断后会上网检索复诊时带资料与医生探讨诊断与治疗利弊。患者反复就医治疗无果也会自然转投他人诊治,不会永久依从于某医生。

患者本能的保护。笔者见到一外籍患者在做 CT 检查时发现没有给其穿防辐射铅衣马上下床拒绝做检查。中国人无此等防护意识,一旦有了此意识,必不依从医生。

医患双方都需要有正确的途径合理合法地争取到自身的权益,而避免过激的行为,必须是医患合作式。

2 医学模式转变必须是医患合作式

如何改善目前医学的状况,需要政府、医院及医务工作者以及患者三方面共同作出努力。政府应加大对公立医院的投入,并不断完善相关政策法规;医务工作者需要良好的职业道德修养来完善约束自己,搭建医患双方良好的沟通平台;通过科普使患者进行简单的自我防治,以减少信息不对称的不利影响。

2.1 防范于未然

规范双方行为,最大程度保证程序正义。一方面,给患方提供帮其厘清整个医疗过程的来龙去脉,引导其按法律程序依法维权;一方面,明确了医患双方责任,避免了处置的随意性,对双方都有约束,既不让医欺患,也不让患欺医。

清华大学社会学系孙立平教授在他的搜狐微博中提醒,医患关系恶化是信任瓦解的迹象。只能靠更有效的制度来确保基本的信任。“作为保护社会的一部分,现在应当明确提出保护医患关系,并且要成为社会一种明确的努力,作为保护社会的开端。”

医患纠纷主要是医患间的利益冲突。我国的以药养医政策造成药价越定越高,垄断的医疗卫生体制、垄断的药品招标机制使医生的医德和医术不值钱,收入和尊严被绑架在药品上,医师的心理扭曲,开大处方,过度医疗,继而损害了患者的利益,导致患者和医生的敌对,是弱势群体的自相残杀。改变现状必须是医患合作式。

2.2 了解是缓解矛盾的关键

要缓解医患之间的矛盾,关键就是要增进医患之间的了解,并大力提高医疗从业人员的业务和作风素质。只有医生主动、及时和患者沟通,不断提高诊治的透明度,做好患者及家属的工作,使患者参与到治疗过程中来,同时要尽最大可能为患者提供便利,矛盾才能得到有效的预防。这就必须是医患合作式。

国际疾病分类(International Classification of Dis-

eases, ICD),是根据疾病的某些特征,按照规则将疾病分门别类,并用编码的方法来表示的系统。目前最新版本为 ICD-10。有史以来真正有确凿证据治愈的疾病只有 42 种。

人的两重性决定了医学的人文性与科学性,而并非像数理化那样精确。医学也从来都没有与文化分开过。宗教、哲学、教育、社会、经济等任何能决定一个人生活态度的东西都会对其个人的疾病倾向发生巨大影响。医生并非需要对每一个求医者施以药物及手术治疗。某些生理反应,发热、植物神经功能紊乱以及一些慢性疾病对人体防御疾病或人类的延续或许是有益的。特鲁多医生:“有时去治愈,常常去帮助,总是去安慰”。这就需要语言治疗,因病而异,因人施语,需要医患合作式。

21 世纪强调整体医学模式,强调心理诊治。心身医学体现了临床诊查的整体性,更彰显了治疗的艺术性,作为人本主义心理学家罗杰斯的基本技术之一就是医患关系中的共情,即医患交往中的一种积极的感受能力。使医生设身处地地体验患者的精神世界,运用谈话技巧把自己感受的对方内心体验准确地传达给对方,建立医患治疗联盟。医生要培养这种共情的能力。首先是理解患者,学习站在对方的立场看问题,体会患者的感受,关心患者的需求。用语言及肢体语言表达传递温情;用改正自律纠正自己的错误,不断完善自己;用真诚和接纳帮助患者调整自我的结构和功能,重新评价自己以适应生活;用多视角看待和处理医患关系,建立新的体验方式、新型人际关系;这就是医患合作模式。建立这种模式有助于疾病的诊断、提高治疗效果、避免医疗纠纷,我们应该提倡这种模式。

参考文献

- [1] 医患关系模式的类型[EB/OL]. (2009-02-24)[2015-03-02]. <http://www.cnophol.com>.
- [2] 常路. 医学的四大误会[EB/OL]. 环球医学(2015-01-12)[2015-03-15]. <http://www.g-medon.com/Item.aspx?id=37977>.
- [3] 谭嘉,王潇雨. 这些年医学科技迅猛发展,误诊为何却没少[N/OL]. 健康报(2015-04-13)[2015-04-13]. <http://www.aiweibang.com/yuedu/21791759.html>.
- [4] 我国人均医疗费增速远超 GDP 或变严重社会负担[N/OL]. 中国青年报, (2015-04-09)[2015-04-10]. <http://www.cyol.net>.
- [5] 常路. 防御性医疗真能保护医生吗?[EB/OL]. (2002-5-15)[2015-02-07]. http://www.cyol.net/15/0207/22/210983_447107567.shtml.

作者简介:许兰萍(1952-),女,北京人,主任医师,研究方向:神经病学,心身医学。

收稿日期:2015-04-14

修回日期:2015-05-14

(责任编辑:于 磊)